

EXPLICACIÓN DE DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PRIVILEGIADA

Fecha: _____ Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Archivo Médico: _____

I. SOLICITUD

Me gustaría una explicación de cómo el Dpto. de Kings View divulgó mi información de salud privilegiada como requerido por regulaciones federales.

Entiendo que el Dpto. de Kings View **no** me tiene que decir sobre los siguientes tipos de divulgaciones:

1. Divulgaciones con fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud.
2. Divulgaciones como parte de un conjunto de datos limitados.
3. Divulgaciones a mí o autorizadas por mí.
4. Por seguridad nacional o de inteligencia.
5. A instituciones correccionales u oficiales de la ley que tienen custodia de un cliente.
6. Divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.
7. Divulgaciones accidentales para usar o divulgar de otras formas permitidas o requeridas por ley federal.

También entiendo que mi derecho a una explicación sobre algunas o todas divulgaciones podría ser suspendido por el gobierno bajo limitadas circunstancias.

Quiero una explicación de divulgaciones que cubren el siguiente periodo de tiempo. (**Nota: Últimos 6 años solamente**)

DESDE: _____ **HASTA:** _____

Estoy interesado(a) en las siguientes específicas divulgaciones de mi información de salud privilegiada (**Nota: No requerido**):

Quiero la explicación de divulgaciones en la siguiente forma:

En papel

Las recogeré – favor de llamarme al siguiente número telefónico cuando esté listo:

Quiero que se me mande la explicación por correo al siguiente domicilio:

Electrónicamente

Mande la explicación por correo electrónico a la siguiente dirección electrónica:

(AL REVERSO)

Entiendo que el Dpto. de Kings View debe darme la explicación de divulgación dentro de 60 días o decirme que necesitan 30 días extra (o menos) para prepararla.

Tengo el derecho a una explicación de divulgación gratis cada 12 meses. Si esta es la segunda explicación en los últimos 12 meses, el costo es \$ _____.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(Cliente/representante legal)

Si firmado por alguien que no es el cliente, indique relación _____

Escriba nombre: _____
(Representante legal)

REGRESE esta forma a la facilidad de Kings View donde recibe(ió) servicios.

Para más información sobre sus derechos de privacidad-

- Vea el Aviso de Prácticas de Privacidad disponible en nuestra página de web en www.kingsview.org O
- Obtenga una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en la facilidad donde recibe(ió) servicios.

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja. *No se le penalizará por presentar una queja.*

Para presentar una queja con el Dpto. de Kings View, llame o escriba al Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito a:

Kings View
Atención: Oficial de Privacidad
7170 N. Financiar Drive, Suite 110
Fresno, CA 93720
Teléfono: (559) 256-1080

Usted también puede presentar su queja con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S.

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
90 7th Street, Suite 4 – 100
San Francisco, CA 94103
Teléfono (800) 368-1019
TDD (800) 537-7697

de Archivo Médico: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Mes/Día/Año
Fecha de Solicitud: _____
Mes/Día/Año

II. RESPUESTA

Recibimos su solicitud para una explicación de divulgaciones fechada _____
____ Su explicación de divulgaciones de información de salud privilegiada está incluida.
____ Necesitamos más tiempo para procesar su solicitud. Le mandaremos su explicación de divulgaciones para (fecha) _____
____ No proporcionó toda la información necesaria en su formulario. Por favor complete las áreas indicadas en su formulario y mándenosla.
____ Usted ya ha recibido una explicación de divulgaciones en los últimos 12 meses. Un costo adicional de \$ _____ Por favor haga arreglos con el Dpto. de Archivos Médicos para pagar esta cifra.
____ Otro: _____

Por: _____
Escriba Nombre *Título*

Firma *Fecha*

(✓) Adjunto:
____ Explicación de Divulgaciones de Información de Salud Privilegiada
____ Petición para corrección de formulario y re someter en sobre

III. NOTIFICACIÓN AL CLIENTE

Fecha de Notificación: _____ Método: ____ Correo ____ Teléfono ____ En Persona

Notificado por: _____
Escriba Nombre *Título*

Firma *Fecha*